Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Wilhelm Uffmann

Assistenzarzt aus Hamborn.

Referent: Prof. Dr. F. Härtel.

Tag der Promotion: 21. November 1920.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Dinslaken 1921.
Buchdruckerei H. Terbrüggen Dinslaken.

Inwieweit kann die intrakranielle Alkoholinjektion ins Ganglion Gasseri die übrigen operativen Behandlungsmethoden der Trigeminusneuralgie ersetzen?

Als operative Behandlungsmethoden der Trigeminusneuralgie kommen in Frage: Die Durchschneidung, Resektion und Dehnung der peripheren Nerven, die Exaerese und Resektion an der Basis, schließlich die Exstirpation des Ganglion Gasseri. Parallel diesen blutigen Verfahren läuft die Zerstörung des Nervenquerschnitts durch Alkohol. Wir unterscheiden die periphere, basale und intrakranielle Injektion. In allen wirklich schweren Fällen von Trigeminusneuralgie kommen mit endgültigem Erfolg nur die Resektion des Ganglion Gasseri oder die intrakranielle Alkoholinjektion in Anwendung. Ist die letztere nun imstande, die Krause'sche Operation überflüssig zu machen?

An Hand von 50 ausführlichen Krankengeschichten stellen wir fest, daß der intrakraniellen Alkoholinjektion, wenn sie totale Daueranästhesie, d. h. bleibenden Gefühlausfall in allen 3 Ästen des Trigeminus erzielt, endgülige Dauerheilung zukommt. In den Fällen von partieller Daueranästhesie, d. h. bleibendem Gefühlsausfall in 2 oder einem der Äste oder einem noch kleinerem Gebiet, sind wir vor Rezidiven nicht sicher. Durch eine erneute Injektion ist es aber möglich, sofort wieder Schmerzfreiheit zu erreichen. Seit Mitte 1919 suchen wir mit voller Absicht systematisch partielle Daueranästhesie in allen Fällen von Freisein des ersten Astes zu erreichen, um eine Corneaschädigung zu vermeiden. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß es sehr wohl möglich ist, unter Schonung des ersten Astes zu injizieren. Wir begeben uns dadurch in die Gefahr des Rezidivs, der wir aber durch Wiederholung der Injektion immer wieder begegnen können.

Von der Behandlung sind auszuschließen alle Fälle mit Hysterie, Lues und Diabetes. Es sind nur reine Neuralgien zu behandeln. Unsere Resultate sind folgende: Behandelt wurden 50 Fälle. Zur Beurteilung ungeeignet scheiden aus

5 wegen Hysterie und 1 wegen Komplikation mit Lues. Bleiben noch 44 Fälle. Totale Daueranästhesie wurde erzielt bei 22. Unter diesen Rezidive 0. Partielle Daueranästhesie wurde erzielt bei 22. Davon absichtlich partiell 6, wegen schwieriger Punktion 9. Bei den andern wurde wegen erzielter Schmerzfreiheit auf totale Daueranästhesie verzichtet. Bei diesen 22 Fällen sahen wir 8 Rezidive. Die Beobachtungsdauer betrug 1—8 Jahre.

Seitens der Punktion sahen wir außer schnell verschwindenden Hämatomen keine unerwünschten Folgen. Die Injektion ruft zuweilen Parästhesien hervor, die aber nur von hysterisch belasteten Kranken als störend und unangenehm empfunden werden. Die Störungen seitens der Hirnnerven sind regelmäßig innerhalb kurzer Zeit zurückgegangen.

Die einzige wirkliche Gefahr der intrakraniellen Alkoholinjektion bildet die Keratitis neuroparalytica. Durch ständige sorgfälige Pflege des Auges nach den Härtel'schen Vorschriften läßt sie sich auf ein Minimum reduzieren. Da aber erfahrungsgemäß der erste Ast selten von der Neuralgie ergriffen ist, so ist es unser lebhafter Wunsch, ihn zu schonen. Das ist durch die Partialinjektion möglich.

Bei den letzten unserer Fälle haben wir die Röntgenaufnahme zu Hilfe gezogen. Sie ist außerordentlich geeignet, uns genaue Kenntnis über die Lage und Beschaffenheit des Foramen ovale zu beschaffen und dadurch die Sicherheit der Punktion zu erhöhen. Die Technik der Punktion ist schwer, und dieser Umstand ist es nicht zuletzt, der die ausgedehntere Verwendung der Härtel'schen Methode verhindert. Autoren wie Kuhlenkampff und Pichler, die die Technik der Alkoholinjektion vollkommen beherrschen, haben gleich Härtel so ausgezeichnete Erfolge, daß sie die Krause'sche Operation nur noch in Ausnahmefällen angewandt wissen wollen.

Abgesehen von der langen Dauer der Behandlung, von den äußeren Narben, von der Rezidivmöglichkeit — denn nicht in jedem Falle ist es möglich, das Ganglion restlos zu entfernen — ist es allein der hohe Prozentsatz der Mortalität (10—12%), der uns veranlaßt, wenn irgend möglich, die Krause'sche Operation zu vermeiden. Unser Standpunkt ist folgender: Wir halten die intrakranielle Alkoholinjektion in allen schweren Fällen von Trigemininusneuralgie für die Methode der Wahl und verwenden die Krause'sche Ganglionextirpation nur dort, wo das Foramen ovale wegen Narben oder Knochenhindernissen durchaus nicht zu erreichen ist.